

## VŠEOBECNÉ ZMLUVNÉ PODMIENKY

### Čl. 1

#### Úvodné ustanovenia

1. Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“) upravujú niektoré práva a povinnosti medzi Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. so sídlom Mamatyova 17, 850 05 Bratislava, IČO 35937874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej len „poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a poskytovateľom služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti .
2. Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“) uzatvára poisťovňa s poskytovateľom v zmysle § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“). Zmluva je dvojstranný právny úkon, ktorý uzatvára poisťovňa s poskytovateľom a jej predmetom je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá je plne alebo čiastočne hradená na základe verejného zdravotného poistenia, a to v cene, rozsahu a za podmienok dohodnutých v Zmluve.
3. Zmluva sa riadi príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedenými v Čl. 1 Zmluvy, zmluvne dohodnutými podmienkami vrátane všetkých jej príloh. Všetky súčasť zmluvy sú pre zmluvné strany záväzné.

### Čl. 2

#### Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Poskytovateľ je povinný:
  - a) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti plniť všetky povinnosti uložené všeobecne záväznými právnymi predpismi, odbornými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“), metodickými usmerneniami a odporúčaniami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), Zmluvou, VZP a platnou legislatívou EÚ upravujúcou poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti,
  - b) poskytovať zdravotnú starostlivosť tak, aby prostriedky verejného zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
  - c) predložiť poisťovni rozhodnutie príslušného orgánu, na základe ktorého je oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a oznamovať poisťovni písomne a bez zbytočného odkladu rozhodnutie o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozhodnutie o zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, najneskôr však do 7 dní od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o pozastavení alebo zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
  - d) oznamovať poisťovni všetky zmeny v materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia zdravotníckou technikou používanou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sú poskytované výkony zdravotnej starostlivosti vykazované k úhrade poisťovni,
  - e) poskytovať zdravotnú starostlivosť len s použitím zdravotníckej techniky, ktorá spĺňa požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,
  - f) oznamovať poisťovni kódy lekárov, iných zdravotníckych pracovníkov, výšku úväzku, kódy poskytovateľa a každú ich zmenu. Oznámenie nového kódu poskytovateľa nie je dôvodom na rozšírenie predmetu Zmluvy,
  - g) oznamovať poisťovni akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou,
  - h) overiť pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom poistný vzťah poistenca k poisťovni z preukazu poistenca. Pokiaľ poistenec preukaz poistenca nemá alebo pokiaľ má poskytovateľ dôvodnú pochybnosť o pravosti predloženého preukazu poistenca, je oprávnený overiť si poistný vzťah na internetovej stránke poisťovne alebo telefonicky prostredníctvom call centra poisťovne, č. t. 0850 003 003,
  - i) poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne, alebo prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore,
  - j) oznamovať poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu, užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úraz alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorým poskytol osobe zdravotnú starostlivosť, pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ povinný oznamovať všetky bez výnimky,

- k) zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Ak dočasná neplánovaná neprítomnosť poskytovateľa trvá dlhšie ako 3 pracovné dni a poskytovateľ nemá zabezpečené zastupovanie, uvedenú skutočnosť oznámi poskytovateľ poisťovni bezodkladne,
  - l) poskytnúť preventívnu prehliadku, resp. zabezpečiť poskytnutie všetkých výkonov v rozsahu stanovenom všeobecne záväzným právnym predpisom. V prípade, ak nemá poskytovateľ potrebné materiálo-technické vybavenie v ambulancii, odošle poistenca k inému poskytovateľovi na poskytnutie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s náplňou preventívnej prehliadky, v žiadosti uvedie aké výkony majú byť poskytnuté a skutočnosť, že ide o preventívnu prehliadku. Poskytnutie preventívnej prehliadky, rozsah výkonov a závery vyplývajúce z preventívnej prehliadky zaznamená poskytovateľ v zdravotnej dokumentácii. Poskytnutie preventívnej prehliadky potvrdí v zdravotnej dokumentácii svojím podpisom poistenec alebo jeho zákonný zástupca,
  - m) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. V prípade odoslania poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie s uvedením výsledkov všetkých vykonaných vyšetrení. Po poskytnutí zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zaznamenať všetky výkony a vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii tak, aby mohli byť poskytnuté ostatným poskytovateľom (najmä poskytovateľovi, na odporúčanie ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti),
  - n) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v SR,
  - o) pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín postupovať podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne, dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia, množstvové, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR; pri poskytovaní liekov dodržiavať terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného pri registrácii, pri poskytovaní zdravotníckych pomôcok dodržiavať účel ich použitia schválený pri posudzovaní zhody. Predpísanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín je poskytovateľ povinný zaznamenať v zdravotnej dokumentácii,
  - p) pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín používať len tlačivá lekárske predpisy a lekárske poukazy vyhotovených v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom. Poskytovateľ je povinný na lekárskom predpise a lekárskom poukaze vyplniť všetky náležitosti v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Odborným usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárske predpisy a lekárske poukazy,
  - q) požiadať poisťovňu o dodanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, pri ktorých poisťovňa vopred v písomnej alebo elektronickej forme oznámi poskytovateľovi, že ich zabezpečuje pre poskytovateľov od ich výrobcu, alebo veľkodistribútora.
2. Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej starostlivosti, lekárskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
  3. Poskytovateľ zodpovedá za to, že navrhne zabezpečenie poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom poisťovne v krajinách EÚ iba za podmienok stanovených v § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Postup a príslušné tlačivá sú uverejnené na internetovej stránke poisťovne.
  4. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý predpisuje lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny na základe odporúčania odborného lekára zmluvného poskytovateľa, uvedie na druhej strane lekárske predpisy (poukazy) poznámku: „na odporúčanie odborného lekára“ s uvedením mena a priezviska odporúčajúceho odborného lekára, jeho kódu lekára, názvu pracoviska, kódu poskytovateľa odporúčajúceho lekára a dátumu lekárskej správy, v ktorej odporúčal predpísanie lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Odporúčanie odborného lekára nesmie byť staršie ako 6 mesiacov.
  5. Podanie vzorky lieku (§ 8 ods. 19 zákona č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov), ktorú poskytovateľovi doručil zástupca výrobcu alebo veľkodistribútora, musí byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii poistenca.
  6. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca nevhodné. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii medicínsky odôvodniť nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania individuálne zhotovovanej zdravotníckej pomôcky.
  7. Ak poskytovateľ plánuje predpísať alebo poskytnúť poistencovi liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a Zmluvou vydanie súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne, požiada o vydanie súhlasu s úhradou na tlačive, ktoré je zverejnené na internetovej stránke poisťovne. Vyplnené tlačivo poskytovateľ doručí poisťovni pred poskytnutím lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Poisťovňa po skompletizovaní žiadosti vydá stanovisko k úhrade lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny a doručí ho poskytovateľovi.
  8. Poskytovateľ v prípade súhlasného stanoviska s úhradou podľa bodu 7 vypíše samostatný lekársky predpis, resp. poukaz a uvedie evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady zdravotnou poisťovňou.
  9. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár, ktorý navrhol alebo schválil

poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“), zabezpečí potrebné lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpisom na lekársky predpis, alebo lekársky poukaz. Lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do Zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia zabezpečí a podáva lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti v rámci návštevných služieb alebo ambulantne.

Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár:

- a) spolupracuje pri poskytovaní DOS s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), ktoré sú v zmluvnom vzťahu s poisťovňou,
  - b) navrhuje poskytovanie DOS poistencom, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
  - c) poskytovateľom ADOS schvaľuje plán ošetrovateľskej starostlivosti a rozsah poskytovania DOS.
- Návrh na poskytovanie DOS, ktorého vzor je zverejnený na internetovej stránke poisťovne, potvrdí svojim podpisom a odtlačkom pečiatky. Do zdravotnej dokumentácie poistenca zaznamenaná údaj o potvrdení návrhu na poskytovanie DOS a rozsah navrhnutého DOS. V zdravotnej dokumentácii osobitne zdôvodní návrh na poskytnutie jednorazových výkonov prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ako je podanie očkovacej látky, vykonanie odberov, kontrola tlaku krvi u imobilných hypertonikov a pod.
10. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár poskytuje v prípade potreby pracovníkom ADOS konzultácie týkajúce sa u neho kapítovaných poistencov. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý navrhol dlhodobé poskytovanie DOS, vykoná u poistenca minimálne raz mesačne návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu o rozsahu a efektívnosti poskytovanej domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zdôvodní ďalšie poskytovanie DOS, prípadne upraví rozsah výkonov DOS podľa aktuálneho stavu poistenca.
  11. Poskytovateľ indikuje vykonanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia len ak ich poskytnutie je nevyhnutné zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ môže indikovať len tie SVLZ výkony, ktoré sú nevyhnutné pre ním poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ môže o poskytnutie výkonov SVLZ požiadať len poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie SVLZ (ďalej len „poskytovateľ SVLZ“), s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti. Súčasne platí, že poskytovateľ SVLZ nemôže poisťovni vykázat k úhrade výkony SVLZ indikované poskytovateľom, ktorý nemá s poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti alebo výkony, pri ktorých bola na žiadanke uvedená informácia, že ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia.
  12. Poskytovateľ, ktorý indikuje výkony SVLZ, na žiadanke o vykonanie výkonov SVLZ uvedie:
    - a) meno, priezvisko, rodné číslo poistenca (resp. evidenčné číslo poistenca),
    - b) kód poisťovne poistenca,
    - c) diagnózu ochorenia poistenca podľa MKCH 10,
    - d) druh a počet požadovaných vyšetrení,
    - e) kód odosielajúceho lekára,
    - f) v osobitných prípadoch (podľa charakteru výkonu) aj dátum a čas odberu biologického materiálu, epikrízu ochorenia, dôležité údaje pre správnu a efektívnu realizáciu výkonu,
    - g) ak ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia, uvedie túto informáciu zreteľne na žiadanke.
  13. Záznam o indikovaných SVLZ vyšetreniach a ich výsledky musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.
  14. Poskytovateľ SVLZ zodpovedá za správnosť výsledkov vykonaných vyšetrení vrátane ich popisu.
  15. Poskytovateľ, ktorý indikuje SVLZ vyšetrenia musí dbať na ich účelnosť a to najmä:
    - a) zdravotné výkony uvedené v Katalógu výkonov v kapitole Genetika môže indikovať len lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore lekárska genetika alebo hematológia a transfuziológia,
    - b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast nemôže indikovať vyšetrenia onkomarkerov, vyšetrenia amplifikačnými metódami, stanovenie špecifického IFN-gama, výkony CT a MR diagnostiky,
    - c) poskytovateľ indikuje vyšetrenia SVLZ spravidla u jedného poskytovateľa SVLZ. To neplatí v prípade, ak poskytovateľ SVLZ nemôže vzhľadom na materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie takéto vyšetrenia realizovať.
  16. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poistencovi objednať u poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú s poisťovňou zmluvu o doprave ako službe súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu z miesta bydliska poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti.
  17. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie dopravy. Dopravu poskytovateľ objednáva na tlačive „Príkaz na dopravu zo zdravotných dôvodov“, ktorého vzor je uvedený na internetovej stránke. Za objednanie dopravy je zodpovedný objednávajúci lekár, ktorý môže dopravu objednať iba za účelom prevozu:
    - a) poistenca do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia v cudzine alebo štátoch EÚ na vopred schválenú liečbu príslušnou pobočkou poisťovne,
    - b) poistenca na vyššie odborné alebo špecializované pracovisko ako pokračovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti,
    - c) poistenca, ak jeho zdravotný stav vyžaduje počas prepravy protiepidemický režim, ktorý sa nedá zabezpečiť iným spôsobom prepravy,
    - d) poistenca, ktorý je zaradený do dlhodobého dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu (pred transplantáciou) a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s týmito

- programami,
- e) poistenca, ktorému je poskytovaná ambulánna chemoterapia, aktinoterapia alebo dispenzárna kontrola u onkológa, ak vzhľadom na zdravotný stav nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
  - f) poistenca, ktorý nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
  - g) poistenca na kúpeľnú starostlivosť, ktorá bezprostredne nadväzuje na ústavnú starostlivosť osoby, ktorej preprava vzhľadom na jej zdravotný stav nie je možná prostriedkami verejnej hromadnej dopravy alebo iným spôsobom,
  - h) lekára návštevnjej lekárskej služby prvej pomoci na výkon neodkladnej návštevy v mieste bydliska poistenca,
  - i) transfúzných prípravkov a liekov v osobitne naliehavých prípadoch.

### **Čl. 3** **Kritériá na uzatváranie zmlúv**

1. Poisťovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne [www.vszp.sk](http://www.vszp.sk) kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku.
3. Poisťovňa vyhodnocuje plnenie kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku a na základe ich plnenia vytvára poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
4. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
5. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchranej zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.

### **Čl. 4** **Vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti**

1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť a uplatňuje si úhradu od poisťovne za zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac.
2. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období správne, pravdivo a úplne. Zdravotná starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, zmluvou a všeobecnými zmluvnými podmienkami.
3. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) s použitím štvormiestnych podpoložiek bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; poskytovateľ môže vykazovať choroby s použitím trojmiestnych položiek len v tých prípadoch, keď neexistuje štvormiestna podpoložka.
4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov a kódy poskytovateľa pridelené Úradom.
5. Poskytovateľ je oprávnený vykázat zdravotnú starostlivosť poskytnutú pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie len v prípade, ak s jej použitím poisťovňa súhlasila.
6. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom sú súbory v elektronickej forme obsahujúce zoznam poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytol počas zúčtovacieho obdobia a zoznam, prírastky a úbytky kapitovaných poistencov (ďalej len „dávka“). Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou a usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou (ďalej len „dátové rozhranie“). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene dátového rozhrania, poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa zmeneného dátového rozhrania.
7. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovni v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ.
8. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na

území SR, ak nemôžu preukázať poisťný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ osobitne na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu.

## Čl. 5 Platobné podmienky

1. Poskytovateľ je oprávnený vykázať poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia začína plynúť lehota splatnosti podľa bodu 7 tohto článku, a to prvým dňom nasledujúceho mesiaca.
2. Povinnou prílohou faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú:
  - a) dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania,
  - b) pri lekárenskej starostlivosti poskytovateľ zasiela samostatnú dávku za každý zväzok podľa písm. c)
  - c) originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazy roztriedené v zmysle tohto bodu písm. ca) až ce) a rozdelené do zväzkov maximálne po 200 ks. V rámci každého zväzku budú lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy označené poradovými číslami. Na jednotlivých zväzkoch bude uvedené číslo faktúry, poradové číslo zväzku, počet lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov, počet lekárske poukazov v ňom a zodpovedajúca suma zväzku. Zväzok bude tiež označený názvom poskytovateľa, lekárske predpisy a výpisy z lekárske predpisov budú triedené nasledovne:
    - ca) lekárske predpisy na omamné látky,
    - cb) lekárske predpisy a výpisy na lieky vydané na základe súhlasu revízneho lekára,
    - cc) lekárske predpisy a výpisy, na základe ktorých bol realizovaný výdaj dôležitého lieku,
    - cd) lekárske predpisy a výpisy ostatné,
    - ce) lekárske poukazy,
  - d) podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia k faktúre vecne príslušných zväzkov lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Poradové čísla predložených zväzkov lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov musia súhlasiť s údajmi na tejto sumarizácii zväzkov danej faktúry,
  - e) podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia zväzkov lekárske poukazov. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je majetkom poisťovne, k danému lekárske poukazu bude priložená v jednom vyhotovení dohoda o výpožičke medzi poisťovňou a poisťovníkom, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydané ZP a výšku úhrady poisťovňou a poisťovníkom. Poradové čísla zväzkov lekárske poukazov musia súhlasiť s údajmi na sumarizácii zväzkov danej faktúry.
3. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 5 tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 7 tohto článku plynú odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do poisťovne.
4. Poisťovňa u formálne správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázané zdravotnej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov s prihliadaním na účelné, efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.
5. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí výkony fakturované v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore so Zmluvou a VZP, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované výkony s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Tieto doklady budú odoslané poskytovateľovi najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry spolu so "Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre". Poskytovateľ vystaví opravný doklad k predloženej faktúre a to vo výške uvedenej v doklade „Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre“. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade „Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre“ sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevylučuje postup podľa ods. 6 tohto článku.
6. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovni námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 10 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námietky poisťovňa posúdi do 25 dní odo dňa ich doručenia. Uvedené ustanovenie sa netýka opravných a aditívnych dávok predkladaných poskytovateľom za predchádzajúce obdobie z titulu opomenutia fakturácie výkonov skutočne poskytnutých v predchádzajúcom období, resp. po odstránení formálnych nedostatkov, na základe ktorých poskytovateľovi nebola uznaná poskytnutá zdravotná starostlivosť (napr. nesprávne uvedené rodné číslo, nesprávne vykázaný kód výkonu.) Opakované námietky v tej istej veci budú Zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
7. Splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t.j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 5 tohto článku, je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
8. K splneniu záväzku poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
9. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa môže uzatvoriť s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronickej služby „Poskytovateľ ZS kontakt“, ktorej predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie zúčtovacích dokladov a faktúry elektronickej formou prostredníctvom internetu. Pri zasielaní

dokladov v elektronickej forme nie sú zmluvné strany povinné zasielať doklady písomne. Obe formy zasielania dokladov t.j. elektronicná i písomná sú si rovnocenné.

## **Čl. 6 Kontrolná činnosť**

1. Poisťovňa v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na rozsah a kvalitu vykázananej zdravotnej starostlivosti, na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP. Zamestnanci poisťovne (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená prevádzka zdravotníckeho zariadenia.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovni a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Poskytovateľ, alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
  - a) umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
  - b) poskytnúť účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
  - c) vyhotoviť alebo umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
  - d) predložiť na vyžiadanie zdravotnej poisťovni dokumenty, na základe ktorých poskytol zdravotnú starostlivosť (najmä žiadanky na vykonanie SVLZ výkonov, príkazy na dopravu, odporúčajúce lístky).
4. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:
  - a) „Záznam o kontrole“, ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
  - b) „Protokol o kontrole“, ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v Zmluve,
  - c) „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistia porušenia Zmluvy resp. príslušných právnych predpisov a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Čl. 4 bodom 6 VZP. V tomto prípade sa záznam resp. protokol o kontrole nevystavuje.
5. Protokol alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností.
6. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote nepodá námietky k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok.
7. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu do 30 dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Poisťovňa vyhotoví zápisnicu o prerokovaní námietok k protokolu, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa.
8. Kontrola je uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu.
9. Ak je vykonanou kontrolou zistená nesprávne alebo neoprávnene vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni. Ustanovenia čl.7 tým nie sú dotknuté.
10. Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti len revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly.
11. Revízni lekári, revízni farmaceuti, revízne sestry a iní zamestnanci poverení výkonom kontroly (ďalej len "poverená osoba") sú pri výkone kontroly povinní preukázať sa služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
12. Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom možno mať pochybnosť o jej nezáujatosti. Ak je poverená osoba vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, nesmie vykonávať kontrolnú činnosť ani úkony súvisiace s kontrolnou činnosťou; svoje vylúčenie z výkonu kontrolnej činnosti a skutočnosti, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni.

## **Čl. 7 Následky porušenia povinností**

1. Poskytovateľ aj poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo

- všeobecne záväzných právnych predpisov, zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku len ako „povinnosti“).
2. Porušenie povinností sa podľa závažnosti delí na:
    - a) menej závažné porušenie povinnosti
    - b) závažné porušenie povinnosti .
  3. Pokiaľ nie je vo VZP uvedené inak, porušenie povinnosti je prvotne považované za menej závažné porušenie povinnosti.
  4. Pri porušení povinnosti poskytovateľa, poisťovňa v protokole o kontrole uvedie, ktorá povinnosť bola porušená; zároveň uvedie primeranú lehotu na odstránenie porušenia povinnosti a upozorní na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovania porušovania povinnosti.
  5. Závažným porušením povinnosti je opakované menej závažné porušenie povinnosti a porušenie povinností uvedených v bodoch: Čl. 2 bod 1 písm. c), e), i), j), m), o), Čl. 2 bod 17, Čl. 3 bod 4, Čl. 4 bod 2 a Čl. 6 bod 3.
  6. Pri závažnom porušení povinnosti podľa bodu 5 tohto článku si poisťovňa môže uplatniť:
    - a) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 50 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší oznamovaciu povinnosť podľa Čl. 2 bodu 1 písm. j) VZP a tým znemožní poisťovni uplatniť si právo na vymáhanie náhrady vynaložených nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť;
    - b) za porušenie povinnosti poskytovateľa uvedenej v článku 4 bod 2 tým, že poskytovateľ vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorú neposkytol, zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol a poisťovňa mu ju uhradila;
    - c) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol poistencom za posledné 3 kalendárne mesiace, avšak najviac 5 000 EUR za jednotlivý prípad;
    - d) vypovedanie zmluvy.
  7. Opakovaným porušením povinnosti je porušenie tej povinnosti, na ktorú bol poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov upozornený a porušenia ktorej sa dopustil po uplynutí lehoty určenej podľa bodu 4 tohto článku.
  8. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, je povinná zaplatiť poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka, a to na základe faktúry vyhotovenej poskytovateľom, s lehotou splatnosti 30 kalendárnych dní od jej doručenia poisťovni.
  9. Uplatnením zmluvnej pokuty v zmysle bodu 6 tohto článku a úroku z omeškania v zmysle bodu 8 tohto článku nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody. Poisťovňa má u poskytovateľa nárok uplatniť si náhradu škody spôsobenej v dôsledku porušenia povinnosti vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.
  10. Pohľadávku zdravotnej poisťovne podľa bodu 6 je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

## **Čl. 8**

### **Záverečné ustanovenia**

1. Poisťovňa je povinná:
  - a) dodržiavať Zmluvu, VZP a všeobecne záväzných právnych predpisov,
  - b) uhrádzať poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť hradenú na základe verejného zdravotného poistenia v cene, rozsahu a v lehotách dohodnutých v Zmluve a VZP.
2. Za porušenie zmluvných podmienok má poskytovateľ právo uplatniť si u poisťovne zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť za posledné 3 mesiace, maximálne však do výšky 5000 EUR za každý prípad, kedy poisťovňa poruší svoje povinnosti pri výkone kontroly ustanovenej v článku 6 bod 10,11 alebo 12 tejto zmluvy, alebo opakovane poruší Zmluvu alebo VZP. Za opakované porušenie sa považuje také porušenie Zmluvy alebo VZP, na ktoré už bola poisťovňa v predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacoch písomne upozornená.
3. Súčasťou VZP je príloha č. 1 - Pravidlá uznávania laboratórnych výkonov.
4. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy.
5. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť 1.4.2013